

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 13 juillet 1904, à 1 heure

PAR

CHANTELOUP

DU TRAITEMENT

DES

HÉMORRAGIES POST-PARTUM

Président : M. PINARD, Professeur.

TILLAUX, Professeur.

Juges : MM. LEGUEU, Agrégé.

POTOCKI, Agrégé.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical*

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, RUE CASIMIR-DELAUVIGNE ET 12, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE
(anciennement 36, rue Serpente.)

1904

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 13 juillet 1904, à 1 heure

PAR
CHANTELOUP

DU TRAITEMENT
DES
HÉMORRAGIES POST-PARTUM

Président : M. PINARD, *Professeur.*

Juges : MM. { TILLAUX, *Professeur.*
LEGUEU, *Agrégé.*
POTOCKI, *Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS
LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET
1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET 42, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE
(anciennement 36, rue Serpente.)

1904

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE
Professeurs	MM.
Anatomie	POIRIER.
Physiologie	CH. RICHEL.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	BRISSAUD.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale	BERGER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT.
Médecine légale	N....
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale	DEJERINE.
	CHANTEMESSE.
	LANDOUZY.
Clinique médicale	HAYEM.
	DIEULAFOY.
Maladies des enfants	DEBOVE.
Clinique de pathol. mentale et des maladies de l'encéphale	GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOFFROY.
Clinique des maladies du système nerveux	GAUCHER.
	RAYMOND.
	FERRIER.
Clinique chirurgicale	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique ophtalmologique	TILLAUX.
Clinique des maladies des voies urinaires	DE LAPPERSONNE.
Clinique d'accouchements	GUYON.
Clinique gynécologique	PINARD.
Clinique chirurgicale infantile	BUDIN.
	POZZI.
	KIRMISSON.

Aggrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	FAURE.	LEGRY.	RIEFFEL (chef des
AUVRAY.	GILLES DE LA	LEGUEU.	travaux anatomiques)
BEZANÇON.	TOURETTE.	LEPAGE.	TEISSIER.
BONNAIRE.	GOSSET.	MAUCLAIRE.	THIERY.
BROCA Auguste.	GOUGET.	MARION.	THIROLOIX.
BROCA André.	GUIART.	MERY.	THOINOT.
CHASSEVANT.	HARTMANN.	POTOCKI.	VAQUEZ.
JUNEO.	JEANSELME.	RENON.	WALLICH.
DEMELIN.	LANGLOIS.	REMY.	WALTHER.
DESGREZ.	LAUNOIS.	RICHAUD.	WIDAL.
DUPRE.			WURTZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. PINARD

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté, Membre de
l'Académie de Médecine

Avant de commencer ce travail qui marque pour nous le terme de nos études médicales scolaires, nous tenons à remercier bien sincèrement nos maîtres dans les hôpitaux.

Qu'il nous soit permis d'abord d'exprimer notre reconnaissance à nos maîtres de l'Ecole de Plein Exercice de Nantes ; ils ont été pour nous plus que des professeurs, presque des amis ; que MM. Vignard, Poisson, Bureau, Montfort, Hervouët, Attmont acceptent notre gratitude. Il en est un que nous n'oublierons jamais, c'est le professeur Guillemet ; c'est lui qui nous a appris à aimer l'obstétrique, il a guidé nos premiers pas ; l'œuvre a été achevée par le professeur Pinard, notre maître. La dette que nous avons à acquitter à leur égard est très grande, nous tâcherons d'être digne de l'enseignement qu'il nous ont donné.

Que MM. Dieulafoy, Faisans, Hirtz, qui nous ont enseigné la médecine, ainsi que MM. Segond, G. Marchant, Richelot, Morestin, acceptent l'hommage de toute notre gratitude.

C'est aux docteurs Broca, Comby et Variot à qui nous devons de connaître l'art si difficile de soigner les enfants.

C'est grâce au dévouement, aux sacrifices, à la ténacité de mes parents qu'il m'a été donné de mener à bien mes longues et coûteuses études au milieu de mille obstacles. Ils n'ont ménagé ni leur peine, ni leur temps, ni leurs conseils. Pour m'acquitter, j'essaierai simplement de suivre la voie de labeur qu'ils m'ont tracée.

Je dédie ma thèse :

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MON MAÎTRE LE PROFESSEUR PINARD

DÉFINITION

Que faut-il entendre par hémorragie post-partum ?

Est-ce les hémorragies qui surviennent immédiatement après la sortie du fœtus, ou bien celles qui se produisent lorsque l'accouchement est complètement terminé, que la délivrance est faite.

Disons de suite que le traitement étant sensiblement le même, dans tous les cas, nous ne ferons pas de différences entre les diverses époques où l'hémorragie peut se produire.

Nous appellerons hémorragies post-partum, les hémorragies qui surviennent après la sortie du fœtus et pendant les quelques jours qui suivent l'accouchement.

Nous trouvons dans Cazeaux : « La perte est de tous les accidents qui peuvent précéder, accompagner ou suivre la délivrance, un des plus terribles et certainement un des plus fréquents. »

Naegelé dit : « Les hémorragies utérines sont comptées

avec raison parmi les accidents les plus graves qui surviennent après l'accouchement. »

Examinons l'opinion d'accoucheurs célèbres sur ce sujet.

Baudelocque. — De tous les accidents qui peuvent engager à délivrer la femme avant la réunion de tous les signes indiqués, aucun n'est plus pressant que l'hémorragie utérine, parce que la matrice alors affaiblie par le sang qu'elle verse, manque de force pour expulser le placenta dont la présence ne fait que favoriser ou entretenir cette perte.

L'hémorragie est apparente ou cachée. Dans le premier cas un ruisseau de sang s'écoule du vagin. Dans le second ce fluide s'épanche dans la matrice, dont le placenta bouche l'orifice, il en développe les parois et remplit toute la cavité.

Cette dernière hémorragie plus rare que la première, peut devenir plus dangereuse par rapport à la sécurité où reste l'accoucheur en attendant le moment favorable pour délivrer. Cette hémorragie cachée n'est jamais plus à craindre qu'à la suite des accouchements qui ont été précédés d'une perte abondante, et surtout si on les termine promptement, parce que le placenta alors détaché, cessant tout à coup d'être soutenu par l'enfant, vient se présenter sur l'orifice de la matrice, avant qu'elle ne soit assez resserrée sur elle-même pour résister à l'abord du sang.

Cet accident peut arriver de même après la délivrance si l'on tamponne le vagin sans autres précau-

tions pour s'opposer à l'écoulement du sang entretenu par l'inertie de la matrice.

Velpéau. — Que l'hémorragie dépende de l'inertie, du spasme, de la pléthore, de l'irritation de la matrice, c'est toujours un phénomène dangereux qu'il faut se hâter de combattre.

Quesnel rapporte l'observation d'une femme morte avec tous les symptômes d'une perte abondante, quoiqu'il ne se soit écoulé qu'une petite quantité de sang venant non de l'utérus, mais des organes génitaux externes, qui offraient plusieurs déchirures. Si la présence du placenta n'en est pas toujours la cause, elle sert du moins à l'entretenir et à l'aggraver. On doit, en conséquence, se hâter de l'extraire, quand même il y aurait inertie.

L'inertie de l'utérus après l'accouchement s'observe plus particulièrement chez les femmes languissantes, épuisées par une hémorragie ou par la fatigue d'un long travail. On la rencontre aussi à la suite des accouchements trop prompts. Ainsi, l'inertie de la matrice doit être rangée parmi les complications qui retardent la délivrance.

Quelques auteurs, cependant, ont pensé que la délivrance ne devait pas être accélérée lorsque la matrice ne revient pas sur elle-même, à moins qu'il n'y eût un décollement incomplet du placenta.

Lacour s'efforça de démontrer que la délivrance artificielle ne pouvait qu'augmenter l'inertie, et, par suite, la perte. Cette opinion n'a pas été adoptée.

Leroux attribue l'hémorragie à ce que, la matrice ne

se contractant pas, le sang doit couler à flots par les ouvertures qui restent béantes à la surface interne de l'organe. Je serais plutôt tenté de les rapporter d'une part à ce que les vaisseaux hypogastriques ayant cessé brusquement d'être comprimés, le sang s'y précipite avec force; de l'autre, à ce que le fluide doit s'accumuler dans les vaisseaux utérins qui, n'étant pas soutenus, le versent dans le vide que l'œuf occupait quelques instants auparavant, ou bien à ce qu'avec ces dispositions, il se trouve dans la cavité utérine une cause irritante quelconque.

Générale et locale, en un mot, elle peut être active ou passive. Dans les hémorragies actives, le sang est ordinairement rutilant et plastique; il sort de l'utérus en abondance, s'écoule de la vulve en bavant, s'amasse à la partie la plus déclive du lit, se coagule facilement et se moule sur les parties de la femme avec lesquelles il est en contact.

En général, ces hémorragies sont peu graves et s'arrêtent d'elles-mêmes; car aussitôt que la femme a été débarrassée de la surabondance du sang, l'utérus, qui est doué de toutes ses facultés contractiles, revient sur lui-même, et l'écoulement cesse.

Lorsque l'hémorragie est passive et qu'elle résulte de l'atonie générale ou de celle seulement de l'utérus, elle présente un caractère plus sérieux. L'atonie de l'utérus peut dépendre de la constitution débile de la femme, soit naturelle ou acquise. Elle peut aussi survenir à la suite de circonstances particulières qui sont survenues pendant l'accouchement. Ainsi, lorsque la

dépédition de l'utérus s'effectue d'une manière trop prompte, on voit l'utérus tomber dans un état de stupeur, parce que ses fibres ont été pour ainsi dire prise au dépourvu.

Moreau. — Les hémorragies qui surviennent après l'accouchement dépendent de causes diverses. Il y en a qui sont le résultat de lésions ou de déchirures du col. Quand les déchirures sont peu importantes, elles n'intéressent que des vaisseaux de petit volume, l'écoulement du sang est peu considérable, on peut, jusqu'à un certain point, le confondre avec les lochies.

Dans d'autres cas, le sang provient de la surface interne de l'utérus et ici on peut admettre trois variétés distinctes :

I. — Tantôt le placenta conservant encore toutes ses adhérences avec les parois de l'utérus, mais ce dernier organe étant frappé d'atonie, un écoulement de sang peu abondant se fait par le cordon ombilical.

II. — Tantôt le placenta est détaché en partie ou en totalité et c'est à ce décollement qu'est dû l'épanchement du sang dans la cavité utérine.

III. — L'hémorragie a lieu après l'expulsion du fœtus et du placenta.

Elle peut alors dépendre de la complexion forte et vigoureuse de la femme, soit du molimen hœmorrhagicum de l'utérus, soit d'un état pléthorique et pour ainsi dire prises au dépourvu. Mais le plus souvent l'atonie résulte de la fatigue éprouvée par l'utérus par l'effet d'un travail prolongé. Quelle qu'en soit la cause, quand elle a lieu, ou le sang s'écoule à l'extérieur ce

qui est rare, ou bien, ce qui a lieu le plus ordinairement il s'épanche dans la cavité utérine.

Les parois de l'utérus étant flasques, elles se laissent distendre et le sang s'y accumule. Rien à l'extérieur ne décèle l'existence de l'hémorragie, et si l'on n'y prend garde, la femme périt bientôt.

Différents signes peuvent servir à faire reconnaître ces hémorragies. Il y en a de précurseurs et d'autres qui ne se manifestent qu'au moment même de l'hémorragie.

Signes précurseurs. — En général, quand une femme qui vient d'accoucher n'est pas prise d'horripilations, de frissons, dix minutes, un quart d'heure après la délivrance et qu'elle conserve de la chaleur à la peau, on peut être certain que l'utérus ne se contracte pas et qu'il surviendra une hémorragie.

Mais un signe infailible c'est une chaleur âcre et sèche à la paume des mains et à la plante des pieds, semblable à celle qui survient dans les fièvres hertiques ou qui accompagne le dernier degré de la phtisie. La femme parle d'abord comme si rien d'extraordinaire se passait en elle, puis tout à coup elle accuse un sentiment de chaleur dans le ventre qui n'a rien de pénible. Quelquefois elle sent un liquide chaud s'épancher dans la cavité abdominale, souvent elle devient muette, elle pâlit, elle éprouve une gêne plus ou moins incommode de la respiration, de l'agitation, de l'anxiété ; le pouls est fréquent mais faiblit. Elle a des besoins de dormir. La région hypogastrique est molle et flasque, le globe utérin est large et mou et souvent dépasse l'ombilic.

Il est d'autres circonstances encore qui peuvent amener une hémorragie à la suite de l'accouchement.

Nous avons dit que cet accident tenait souvent à la rétention du placenta dans l'utérus.

Mais quelquefois le placenta n'est point expulsé tout entier, et il en reste des lambeaux ou bien des membranes adhérentes aux parois de l'utérus.

Dans d'autres cas nous avons vu des hémorragies produites par des causes étrangères à l'utérus.

Charpentier. — Ces hémorragies sont les plus graves de toutes, car à la rapidité de leur production elles joignent l'abondance, de sorte qu'en peu d'instant une femme bien portante peut devenir mourante et c'est dans ce cas surtout que l'accoucheur a besoin d'avoir recours à tout son sang-froid et toute son expérience.

CAUSES

Le développement partiel du placenta et le défaut de rétraction de l'utérus sont les deux principales causes de l'hémorragie post-partum ; il faut y joindre le volume excessif du placenta, les adhérences anormales d'une partie placentaire dans un utérus mal formé, l'enchatonnement, la rétention spasmodique de l'utérus.

Disons de suite que l'état général de quelques femmes, certains états diathésiques ou pathologiques (hémophilie albuminurie) les prédisposent singulièrement à ces hémorragies, mais celles-ci peuvent survenir aussi bien pendant la grossesse que pendant l'accouchement et aussi après ce dernier.

I. — Lorsque le placenta adhère à l'utérus il y a peu ou pas d'hémorragie, celle-ci se produit quand une partie plus ou moins grande du placenta est décollée, le reste ne se séparant pas de la face interne de l'utérus.

II. — L'inertie utérine, qui est la principale cause, dépend elle-même de circonstances diverses, il faut citer parmi elles :

1° Les accouchements lents et pénibles qui demandent de grands efforts de la part de la femme.

Souvent, à la suite d'un travail d'une longue durée, l'utérus épuisé ne se contracte plus, revient difficilement sur lui-même, les vaisseaux béants saignent.

2° Les accouchements trop rapides.

L'hémorragie se produit parce que l'utérus ne se contracte pas immédiatement, il est surpris de l'évacuation brusque de son contenu.

3° La distension excessive de la matrice par deux jumeaux, un enfant volumineux ou un excès de liquide amniotique. Il faut ajouter à ces trois causes une délivrance faite trop peu de temps après la sortie du fœtus.

La délivrance par expression allemande dite de Crédé faite immédiatement après la première partie de l'accouchement, et pendant les contractions, donnait souvent lieu à des hémorragies ; c'est pour cette raison et aussi à cause des rétentions des membranes que l'on lui a substitué avec avantage la méthode dite d'expression française.

III. — Le volume excessif du placenta peut amener une hémorragie, mais c'est très souvent par le volume augmenté de celui des caillots qui peuvent se trouver derrière.

IV. — L'insertion vicieuse du placenta peut également déterminer une hémorragie due à la structure du segment inférieur de l'utérus qui est dépourvu, à ce niveau de fibre musculaire.

CHAPITRE III

Symptômes

En règle générale, il est impossible de prévoir si une femme qui vient d'accoucher aura une hémorragie tout au plus devra-t-on se tenir en éveil si, à des accouchements antérieurs une intervention a été nécessaire pour une hémorragie grave, ou si, pendant la grossesse la parturiente a présenté des écoulements sanguins à répétition.

P. Dubois raconte l'histoire d'une jeune veuve qui vint à Paris pour accoucher d'un troisième enfant, car aux deux précédentes grossesses elle avait dû subir la délivrance artificielle pour hémorragie. Dubois fut obligé d'intervenir à cette troisième grossesse.

Swaimé l'observe cinq fois ; chez les femmes, le fait s'est produit deux fois, chez l'autre cinq fois sur cinq grossesses.

L'albuminurie et les différentes causes que nous avons énumérées au chapitre précédent peuvent faire prévoir la possibilité d'une hémorragie post-partum. Le plus souvent elle se produit spontanément sans qu'aucune cause puisse la faire prévoir.

En clinique l'hémorragie se manifeste sous les aspects suivants :

Tantôt l'hémorragie est externe, le sang s'écoule par la vulve d'une façon continue, la femme a la sensation de l'écoulement du liquide, prévient l'accoucheur qui soulève les couvertures regarde et ne voit quelquefois qu'une quantité de sang qui peut paraître insignifiante. A moins que des symptômes graves ne viennent donner l'alarme, le médecin peut être induit en erreur par ce fait que, le lit n'a pas été garni d'une toile imperméable, le sang a traversé avec une extrême facilité les draps, les matelas et c'est avec stupéfaction que l'on trouve sous le lit une véritable mare de sang. Si au contraire on a eu soin de garnir le lit, le sang stagne et forme entre les jambes de la femme un énorme caillot qui ne laisse pas de doute sur la nature de l'accident.

Dans les jeunes ménages le linge neuf se laisse difficilement imbiber par le sang qu'il retient presque complètement. Une quantité relativement légère de sang dans ces conditions paraît considérable et jette rapidement l'alarme dans l'entourage.

Si l'hémorragie est interne, le volume de l'utérus augmente peu à peu le fond de l'organe remonte parfois presque sous les fausses côtes, il se délimite malaisément sa consistance se modifie, au lieu d'être dur et globuleux il est mollassé, c'est à peine si on le sent sous la main. Le globe de sûreté (Pinard) fait défaut.

Si l'on n'a pas suffisamment surveillé l'accouchée on peut n'être averti du danger que par les signes généraux de l'hémorragie interne : pâleur de la face, lipo-

thymie ou syncope, pouls filiforme et très rapide, etc. Enfin, dans une dernière catégorie de faits, l'hémorragie est à la fois interne et externe ; en même temps qu'il s'accumule du sang dans la cavité utérine il s'en échappe une certaine quantité par la vulve, soit à l'état liquide, soit en volumineux caillots. Malgré les restrictions de Thompson il est un symptôme sur lequel je veux appuyer plus particulièrement, je veux dire *l'accélération des pulsations du cœur*.

C'est dit Leroux « *la boussole qui doit toujours conseiller et diriger l'accoucheur* ». Dès que le pouls atteint ou dépasse 100 pulsations à la minute et qu'il persiste à ce nombre, il est du devoir du médecin d'intervenir rapidement s'il ne veut pas avoir à se reprocher la mort de la parturiente.

CHAPITRE IV

Diagnostic.

Le diagnostic est fait d'après l'examen direct de l'utérus à travers la paroi abdominale et les symptômes généraux. L'utérus est mou, confondu dans la cavité abdominale avec la masse intestinale; la main le délimite malaisément.

Le toucher fait sortir des caillots remplissant le vagin et le col.

Si l'on exprime l'utérus l'on voit sortir par la vulve un ou des caillots de sang quelquefois volumineux; si la délivrance est faite, l'utérus revient à son volume normal; dans le cas contraire il conserve un volume plus grand. A ce moment sa consistance est relativement ferme; l'hémorragie peut s'arrêter mais pour recommencer le plus souvent quelques minutes après.

Les symptômes généraux sont ceux de l'hémorragie interne que nous avons énumérés au chapitre précédent nous n'y reviendrons pas.

L'enfant est expulsé, l'utérus est rétracté, la femme perd, le pouls monte au-dessus de 100 pulsations; tout

l'aspect extérieur de la femme annonce une hémorragie. D'où peut-elle venir ?

1° Les vaisseaux sanguins du voisinage du vestibule peuvent être sectionnés et donner beaucoup de sang ; c'est l'hémorragie vestibulo-clitoridienne. Si vous avez bien examiné la sortie du fœtus, votre diagnostic est fait ; l'enfant qui vient de naître a la tête rouge de sang ;

2° L'hémorragie peut venir du vagin, elle a pour cause l'étroitesse de ce conduit et ne se produit guère que chez les primipares ;

3° Les déchirures du col occasionnent souvent des hémorragies venant de cette partie de l'utérus, un seul moyen existe pour s'en assurer : examiner la femme avec les valves ;

4° L'hémorragie vient du segment inférieur de l'utérus ; l'insertion vicieuse du placenta en est la cause.

Le diagnostic établi, il ne reste plus qu'à instituer le traitement convenable à chacun des cas.

CHAPITRE V

Pronostic

Le pronostic dépend de la quantité de sang perdu par la parturiente et de la rapidité de l'intervention. Il varie en outre avec l'état général de la malade et aussi avec son tempérament. Certaines femmes se trouvent très anémiées par une perte de sang relativement minime; témoin celles qui, durant leur grossesse, ont perdu par petites quantités à différentes époques. Une très petite quantité de sang perdue au moment de la délivrance produit l'effet de la goutte de liquide qui fait déborder le vase.

D'autres supportent facilement des pertes de 1.000 gr. et quelquefois plus.

Dans les cas graves, la mort peut survenir en quelques minutes (hémorragie foudroyante, Varnier). Le pronostic dépend alors de la prompte décision de l'accoucheur et de son habileté.

CHAPITRE VI

Traitement

Cette partie de notre travail est le but principal de notre thèse. Avant de donner notre appréciation, nous allons publier quelques observations prises dans le service de la clinique Baudelocque.

Nous allons voir quel est le traitement préconisé par notre maître. Nous verrons ensuite ce que l'on faisait autrefois, ce que l'on fait aujourd'hui, nous comparerons les résultats obtenus et nous tâcherons de donner la méthode que nous croyons être la plus simple, la plus utile et la plus pratique.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Insertion vicieuse du placenta. Hémorragie du travail. Accouchement prématuré et injection intra-utérine à 50°. Hémorragie de la délivrance. Pouls 114.

R. J., 21 ans, domestique, II pare. A. H. parents vivants. A. P. a marché à 1 an d'une façon régulière réglée à 11 ans 1/2. A. P. rougeole à 4 ans 1/2.

Grossesse antérieure. En 1902, à Saint-Louis, accouchement prématuré de 7 mois 1/2, sommet mort une heure après la naissance, la cause est une chute dans l'escalier, 1 l. 1/2 de sang rendu. R. C. 6 semaines.

Grossesse actuelle. D. R., 14 au 20 juin, grossesse de 6 mois 1/2 vient de chez elle, n'a pas d'albumine. Les premières douleurs sont apparues le 8 janvier à 10 heures du matin, la femme arrive le 8, à 2 h. 25 du soir et entre immédiatement à la salle de travail. Utérus tétanisé et palper impossible, auscultation négative. La femme perd du sang depuis une heure environ et très abondamment depuis demie heure, pouls à 124, poche des eaux volumineuse très tendue qui remplit le vagin. La dilatation paraît complète. A travers la poche on sent un petit membre dont on ne peut apprécier les caractères. 2 h. 30, le pouls est toujours à 120. Mlle Maitrot rompt la poche des eaux, le liquide s'écoule opalescent, présentation du siège décompleté mode des

pieds en DP. Elle fait l'extraction du siège et un anse au cordon, il lui semble alors percevoir quelques faibles battements, elle dégage le bras qui est défléchi, mais l'orifice utérin se contracte énergiquement sur le cou et met obstacle à l'extraction de la tête. Le Dr Mouchotte dilate avec ses doigts l'orifice, puis le repousse difficilement par-dessus l'occipital. L'enfant extrait ne respire pas, aucun battement ne soulève la paroi thoracique. Aussitôt après l'extraction de l'enfant, le pouls est à 114, l'utérus est contracté l'hémorragie s'arrête. La femme est surveillée attentivement. On attend le décollement du placenta qui se fait 10 minutes après, pouls à 104 et s'y maintient, légère hémorragie, délivrance par extraction simple à 3 h. 10. — Injection intra-utérine à 50°. T. 36°8. L'enfant pèse 1300 gr., le placenta 350 gr. Châteaubriand, membranes complètes, 28 s. 10.

OBSERVATION II

Hémorragie de la délivrance. Pouls 130. Délivrance artificielle par Mlle Roze, 1 h. 1/4 après l'expulsion du fœtus. Injection intra-utérine à 50° sérum artificiel, 500 gr.

B. I, 35 ans, domestique. II pare. A. H. Père mort à 69 ans, de pneumonie, mère vivante, albuminurique. A. P. a marché à 10 mois, régulièrement réglée à 16 ans, A. P. entente à 16 mois. Grossesses antérieures, 1889 avortement, 3 mois, 1890 avortement, 2 mois 1/2 causé, au dire de la femme, rapports trop fréquents au cours de la grossesse, 1895 avortement.

Premier accouchement, 20 mars, 1900. Baudelocque, application de forceps pour manque de progression de la tête, garçon 3880 gr. vivant à l'heure actuel. R. C, 6 semaines.

Grossesse actuelle. DR, 5 au 7 avril, HV. 32 centimètres. Ac-

couchement de 9 mois, vient de chez elle, où elle se reposait pendant toute sa grossesse. A eu en juin, une perte de sang assez abondante, est restée au lit 4 jours. puis a continué à perdre du liquide rosé pendant 1 mois. souffre depuis 6 semaines dans la région épigastrique. N'a pas à l'heure actuelle d'albumine, mais en a eu pendant la grossesse a été traitée au lait. Début du travail, le 14 janvier 1903, à 7 heures matin, entré à la salle de travail, 9 h. 1/2, la dilation est complète à 10 h. 1/2 matin, rupture des membranes, artificielles à la dilatation complète liquide amniotique normal. A 11 h. 14, expulsion en OIGA d'un enfant du sexe féminin de 4430 gr. Une heure après l'expulsion du fœtus, la délivrance n'est pas descendue dans le vagin. la femme perd assez abondamment poulx à 130, facies pâle, tendance symopale. Dr Pinard et Mlle Roze décident la délivrance artificielle. Ollier procède à une tentative infructueuse, Mlle Roze fait la délivrance avec succès après avoir éprouvé quelques difficultés. La placenta 580 gr. était en grande partie adhérent dans la corne droite de l'utérus laquelle est plus développée que l'autre forme en arrière une cavité.

Le placenta présente un cotylédon accessoire. Injection intra-utérine à 50°. Injection de sérum intra-cellulaire, 500 grammes.

L'état général s'améliore; la femme ne perd plus. Le poulx à 96. T., 37°1. L'insertion du cordon était sur le bord du placenta; les membranes 2/3⁴ dissociées, mais complètes.

OBSERVATION III

*Délivrance artificielle pour hémorragie du travail. Poulx 110.
Injection intra-utérine à 50°.*

G. A., 25, ménagère. II pare. A. H., parents bien portants.
A. P., a marché à 9 mois et toujours bien marché. Régée à

15 ans régulièrement. A. Pa. : 10 ans, rougeole ; 18 ans, anémie qui a duré deux ans (leucorrhée ; 24 ans, bronchite grave.

Grossesse antérieure, 1^{er} juillet 1901. Fille. sommet à terme, forceps, élevée au biberon par la mère (lait, bouillie), morte en février de méningite. R. de C., 7 mois.

Grossesse actuelle. D. R., 15 au 20 avril. H. U., 36 centimètres. La grossesse est de neuf mois ; la femme vient de chez elle, où elle faisait un ménage ; D. R. il y a deux mois. Hydrorrhée à la fin de la grossesse. Il y a quelques traces d'albumine dans les urines. L'enfant se présente par le sommet en G. A., les bruits du cœur à gauche. Le début du travail est le 7 février, à 4 heures du matin ; entre à la salle de travail le même jour, à 8 heures 1/2 du matin, avec une dilatation de 1 franc ; dilatation complète à 4 heures du soir. La rupture des membranes est artificielle à la dilatation complète, le liquide amniotique est opalescent. A 4 heures 20, le 8 février, la femme expulse un enfant du sexe féminin de 3.560 grammes.

Vingt minutes après l'accouchement, la femme perd assez abondamment ; pous à 110. Mlle Taconat touche la femme et arrive assez loin sur le placenta ; la femme perdant toujours, j'essaye de faire la délivrance artificielle en introduisant la main toute entière dans l'utérus et je sens au fond et à gauche une partie du placenta complètement enchatonnée qu'il est impossible de décoller. Après plusieurs tentatives infructueuses, Mlle Vincent essaye à son tour ; après avoir placé la femme dans la situation obstétricale, elle arrive au niveau de la corne gauche sur une petite portion du placenta encore adhérente qu'elle décolle avec une grande difficulté. Le placenta est déchiqueté et parsit complet ; les membranes déchirées paraissent incomplètes. Pous, 128. Température, 36°5. La délivrance, faite à 5 heures 15, donne un placenta de 530 gr. Châteaubriand avec collerette graisseuse ; la mensuration des membranes est impossible. L'hémorragie continuant, une injection à 50° est faite et donne un bon résultat. A 6 heures, l'état général est assez satisfaisant.

OBSERVATION IV

Hydramnios. Rupture artificielle des membranes. Liquide recueilli 2.000 grammes. Expulsion d'un fœtus exanéphale vivant, poids 3.650 grammes. Hémorragie de la délivrance. Pouls, 116. Injection intra-utérine à 50°.

H. L., 27 ans, marchande des quatre saisons. A. H. : père bien portant, mère morte à 28 ans de tumeurs (?); deux sœurs bien portantes; A. P. : ne sait pas quand elle a marché, mais toujours bien marché. Réglee à 17 ans régulièrement. A. P. nuls.

D. R. 5 au 10 mai, vient de chez elle, ne se reposait pas.

La femme est venue consulter pour la première fois le 3 janvier. Soignée à la Maternité, à sa première grossesse, pour albuminurie, les urines examinées n'en contiennent pas, mais elles sont troubles; on conseille un litre de lait qu'elle prenait d'ailleurs depuis le début de sa grossesse par mesure de prudence. Présentation de ce jour. Siège très incliné.

Revient le 7 janvier; fœtus presque transversalement placé; on l'engage à rester à Baudeloque. Malgré 1 litre 1/2 de lait pris par la malade depuis sa première visite, ses urines contiennent des traces d'albumine. Rentre à la clinique le 8; lait, aux repas alimentation ordinaire. 10 janvier: version, manœuvre externe, par M. Delestre; extrémité céphalique mobile, dos à gauche, ceinture. 15 janvier: constatation du siège par M. Delestre. Le 17: tentative infructueuse de version; bruits du cœur, bons. Le 30: H. U., 38 centimètres. Siège. Tension excessive des parois. Depuis le 1^{er} février, B. du C. (??)

Le 8 février, à 8 heures matin, la femme a les premières douleurs; à 2 heures soir, elle entre en travail. Dilatation presque complète. Les parois tendues ne laissent rien percevoir au palper. Il y a excès de liquide. Mlle Roze examine la femme et

rompt les membranes entre deux contractions. Elle perçoit des mouvements convulsifs et fait le diagnostic d'exancéphale. Mlle Maitrot examine la femme et arrive sur tous les caractères de la face, mais heurtant la substance cérébrale, un mouvement convulsif survient; en même temps que la tête fuit, il s'écoule brusquement une certaine quantité de liquide qui n'a pu être recueilli. Nouvel examen : la tête ne se présente pas franchement en face. On arrive directement sur la tumeur formée par la substance cérébrale. Contractions utérines rares, survenant tous les quarts d'heure. Injections vaginales chaudes. A chaque douleur, la femme pousse énergiquement et expulse, à 5 heures 10, un exencéphale, dont le tronc est dégagé très difficilement, du poids de 3.650 grammes. A 5 heures 45, poulx à 80, puis, à 5 heures 20, hémorragie abondante; poulx, 116; syncope. On pratique le toucher : le placenta ne se présente pas par son bord. Mlle Maitrot fait la délivrance par expression française. Injection intra-utérine à 50. A 7 heures, le poulx est à 80. Température, 37°2. Le fœtus, après l'expulsion, se met à crier; mouvements convulsifs, respiration saccadée.

OBSERVATION V

Hémorragie de la délivrance. Poulx 126.

Délivrance artificielle. Injection intra-utérine à 50.

M. B..., 33 ans, piqueuse de bottines. VI. pare. A. H.: père mort 58 ans, ataxie locomotrice; mère bien portante. A. P., a marché (?) régulièrement, réglée à 14 ans régulièrement.

Grossesses antérieures. — 1° 16 août 91, chez elle, sommet garçon, biberon, vivant. R. de C., 3 mois après. 2° août 92. Maternité de Genève, sommet, fille, biberon. R. de C., 8 mois après. 3° 1^{er} février 97, chez elle, fille, biberon, couveuse morte, vingt-deuxième jour. 4° 25 mai 99. Maternité Genève, sommet,

filles, biberon, morte à 4 mois ; délivrance artificielle faite sous le chloroforme. Pas de R. de C.

Grossesse actuelle.—D. R., 10 au 14 mai. H. U., 37 centimètres, à terme vient de chez elle faisait son ménage. D. R., décembre. pas d'albumine, sommet engagé position droite. Salle de travail, 26 février. Lors de l'expulsion du fœtus on constate un circulaire serré autour du cou, circulaire que l'on ne peut faire passer sur la tête, section du cordon entre deux pincès. Après l'accouchement la femme perdait une notable quantité de sang. (A tous ses accouchements antérieurs il y a eu une période sanglante au moment de la délivrance.) Au bout de 30 minutes le pouls est à 126. Par le toucher l'on arrive sur l'insertion du cordon. On tente sans succès l'extraction simple. La femme perdant toujours, Mlle Taconat fait la délivrance artificielle. A fond et à gauche, sur la face postérieure de l'utérus le placenta présentait de fortes adhérences. Il est extrait à quatre heures, déchiqueté, paraissant complet il pèse 420 grammes, les membranes dissociées et déchiquetées paraissent également complètes, la mensuration est impossible. L'enfant, un garçon, pèse 5.750 grammes. A cinq heures le pouls est à 100, la température 37°5.

OBSERVATION VI

Avortement, 2 mois 1/2. Pouls 112. Délivrance artificielle, pour hémorragie. Injection intra-utérine à 50°. Injection intra-cellulaire de 500 gr. de sérum artificiel.

Mme L..., 27 ans, contre maîtresse, IV. pare. A. H., père mort de cardiopathie, 57 ans, mère vivante : A. P., toujours bien marché, réglée à 17 ans régulièrement :

Grossesses antérieures. — 1^o 17 janvier 95, Baudelocque, garçon, sommet à terme, élevé au sein 16 mois, vivant. 2^o 15

avril 97. Baudelocque, garçon, sommet à terme ; sein ; vivant.
3^e 19 août 99. Charité, biberon, mort à 15 mois, diarrhée, juillet.

Grossesse actuelle. D. R. 20 novembre au 5 décembre. H. U. 10 cent. vient de chez elle, travail debout, ne s'est pas reposée. Le 19 août 1999, cette femme accouche à la Charité. Elle fut endormie au chloroforme et ignora ce qu'on lui fit. Elle eut un enfant vivant qu'elle envoya en nourrice, qui y meurt à 11 mois. Elle resta 25 jours à la Charité et ne peut donner aucun renseignement sur ses suites de couche. Pendant les quinze mois qui suivirent cet accouchement, elle perdit du sang continuellement, toujours en très petite quantité. A partir de cette époque, règles irrégulières revenant tous les deux ou trois mois, avec hémorragie durant quinze jours environ. Entre les règles, leucorrhée abondante et rebelle à tout traitement. Enfin, depuis août, quelques douleurs abdominales violentes, lancinantes, exaspérées par le port du vêtement et la pression survenant le jour et calmé par le décubitus latéral gauche. Ballonnement du ventre. Après la cessation des dernières règles apparaissent les maux de tête (céphalagie frontale intense), vomissements fréquents, salivation abondante, constipation opiniâtre, pollakiurie, leucorrhée, dégoût de tous les aliments, polydipsie. Le coït devient très douloureux. Le 5 février, dans l'après-midi, expulsion de petits caillots. Etat stationnaire jusqu'au 22 février ; la femme continue son travail, ventre ballonné, émission de gaz abondante, douleur dans les cuisses, insomnie ; 23 février : vomissement, dans l'après-midi, perte de sang très abondante, d'odeur fétide, dit la femme, suivies de vertiges, sueurs. Puis apparaissent douleurs lombaires et hypogastriques : la femme quitte son travail et entre à la clinique à 7 h. 1/2 du soir. Examen : P. 92, T. 37°9. La chemise de la femme est pleine de sang, l'utérus remonte à deux travers de doigt, au-dessus de l'ombilic. Eventration siégeant sur la ligne médiane ; la palpation est douloureuse, surtout dans la fosse iliaque droite. Au touché, le col est ouvert et semble

dévié avec l'utérus à gauche. dans le cul-de-sac gauche, on sent une petite tumeur, pertes légères de sang. P. 84. Le 28 février, 2 heures du matin, perte abondante avec expulsion de caillots. P. 90. Injection vaginale à 50°, 10 heures du matin, P. 80. Le 1^{er} mars, à l'examen bi-hebdomadaire des urines du dortoir, on trouve des traces faibles d'albumine ; régime lacté absolu en raison de l'état général. 4 heures du soir, frisson, P. à 100, pertes de sang abondantes et continues ; contractions utérines douloureuses, segment inférieur du col paraissent avoir encore toute sa longueur. La perte de sang persiste. 4 heures du soir, frisson. T. 40°, P. 100. Les contractions utérines persistent. La femme est transportée à l'isolement. A 11 heures du matin, 3 mars, elle expulse un embryon frais de 2 mois 1/2 à 3 mois. T. 38°, P. 100. A 1 heure 1/2 la perte est très abondante. P. 112, délivrance artificielle du poids de 90 gr. Sérum, 500 gr. Injection intra-utérine à 50 c. 4 heures du soir. P. 92, T. 37°.

La femme sort en bon état.

OBSERVATION VII

Délivrance artificielle faite par Mlle Rose. Hémorragie de la délivrance. Pouls incomptable. Injection intra-utérine, injection de 500 gr. de sérum.

D. H... 28 ans, ménagère, II pare : A. H : père mort subitement, mère vivante, réglée à 15 ans régulièrement..

Grossesse antérieure. En 1900, chez elle, garçon, sommet à terme, application de forceps, nourri au sein, vivant.

Grossesse actuelle. D. R. 2 au 6 juin. H. U. 33 centimètres, 9 mois, vient de chez elle ; fait son ménage, D. R. il y a 4 jours, pas d'albumine sommet effectué en G A, B. du C. bons.

Une heure après l'accouchement, la femme perdant du sang et le pouls qui jusque-là avait oscillé entre 84 et 88 s'élève à 96. On pratique alors le toucher vaginal, on arrive sur l'insertion du cordon, le placenta n'est qu'en partie décollé, il se présente par sa face utérine. Mlle Roze, prévenue, fait donner une injection de sérum de 500 grammes pendant qu'elle pratique la délivrance artificielle. Pendant cette intervention le pouls devient tout à coup incomptable, la femme éprouve une défaillance et dit qu'elle se trouve mal. Placenta très adhérent dans la corne droite de l'utérus est extrait à 2 heures du soir, il pèse 500 grammes, les membranes sont complètes, mesurent 7 s. 24. L'enfant un garçon est fort, 3.950 grammes. A 2 h. 10 on fait à la femme une injection intra-utérine à 50 de 12 litres de bi-iodure. A 2 h. 15 la femme ne perd plus. P. 96, T. 36°,9.

OBSERVATION VIII

Insertion vicieuse du placenta. Hémorragie grave. Pouls filiforme incomptable. Femme amenée exsangue. Ballon champagne. Version par manœuvre interne. Délivrance artificielle. Injection intra cellulaire de 1500 grammes de sérum.

R. H... 20 ans, domestique, 1^{er} pare. Le 13 juin est amenée à la clinique, exsangue, les linges pleins de sang, incapable de répondre aux questions qu'on lui posait, manquant à chaque instant de se trouver mal. La femme qui l'accompagne raconte qu'elle a eu ses dernières pertes fin septembre, que le 5 juin pour la première fois au cours de sa grossesse jusqu'alors normale, elle a perdu du sang en abondance pendant 5 minutes, que le 13 au matin elle a perdu à deux reprises des flots de sang. En se levant de son lit elle a perdu connaissance et est tombée et s'est même légèrement contusionné le nez et le front.

Mlle Meignen examine la malade. H. U : 28 centimètres, auscultation négative. Toucher, col long entrouvert, le doigt arrive directement sur le placenta, poulx filiforme incompressible, petit, irrégulier. Mlle Roze, prévenue, se met en devoir de rompre les membranes. Le doigt ne sent que du placenta en remontant très haut au-dessus du pubis. Mlle Roze sent une partie plus mince du pôle inférieur de l'œuf, ouvre l'œuf avec le perce-membrane et agrandi le plus possible l'ouverture. Pendant ce temps on préparait un ballon champetier et on injectait à la femme 1000 grammes de sérum artificiel, Mlle Roze introduit rapidement le ballon et y injecte 450 grammes de liquide. A 8 h. 25 Dr Couvelaire prévenu arrive au moment où Mlle Roze vient de mettre en place le ballon. Le poulx est à 88, toujours très petit, filiforme et irrégulier très certainement, certaines pulsations ne sont pas perçues, M. Couvelaire s'installe auprès de la parturiente, qui ne perd plus. 9 heures, premières contractions utérines, d'ailleurs très courtes et peu intenses, poulx 100, mais mieux frappé et plus régulier, à 9 h. 1/2 il n'y a encore eu que deux contractions très faibles, on retire 60 grammes de liquide du ballon et par une traction soutenue, la queue du ballon est engagée au fond du col. Les contractions deviennent plus énergiques. A 10 h. 1/4 le professeur Pinard pratique le toucher, dilatation de 5 fr.; conseil de réinjecter un peu de liquide dans le ballon dès que la tension est suffisante, il confie à Mlle Meignen le soin de tendre d'une façon permanente le ballon. Injection sous-cutanée d'éther. Contractions plus fréquentes, toutes les 3 minutes et de plus en plus intenses. La femme sort de sa torpeur et crie à chaque contraction. Le poulx 120, mais assez bien frappé. A 11 h. 30, la femme fait des efforts expulsifs. Ballon qui est dans le vagin est extrait par Mlle Roze qui pratique immédiatement le toucher, elle arrive sur le gâteau placentaire décollé au-dessus duquel est encore la tête dans l'utérus, tête a tendance à s'engager. M. Couvelaire pratique la version par manœuvre interne, l'évolution se fait sans difficultés. L'extraction ne présente de difficultés que pour la

tête qui est extraite très lentement par M. Delestre ; M. Couvelaire pratique la délivrance artificielle. Une partie du placenta était déjà expulsé et projeté au dehors au moment de l'engagement du tronc pendant l'extraction du fœtus. Placenta 450 grammes, déchiré, avec cotylédons accessoires. Injection entre-utérine de 10 litres à 50°. La femme ne perd plus, injections sous-cutanées d'éther et 500 grammes de sérum artificiel. Elle a de l'anxiété respiratoire pendant une demi-heure environ, puis peu à peu le pouls revient à 120, régulier et bien frappé. Utérus fortement rétracté, ne perd plus depuis la délivrance. Enfant féminin, mort né, de 2.800 grammes était absolument exangue à l'autopsie aucune lésion. pas d'hémorragie, les organes sont tous extrêmement pâles.

OBSERVATION IX

Avortement, trois mois et demi en deux temps. Délivrance artificielle pour hémorragie. Pouls 112. Injection intra-utérine à 50°. Grogs chauds.

P. R..., 30 ans, ménagère, XII pare. A. H. : père hémiplegique mort de méningite à la suite d'otite suppurée, mère vivante. A marché à un an ; réglée à 13 ans, régulièrement. A. P. Congestion pulmonaire il y a cinq ans.

Grossesses antérieures. Six premières à terme chez elle, cinq suivantes, avortements variant de six semaines à trois mois.

Grossesse actuelle. D. R. du 15 au 20 avril vient de chez elle ne se repose pas.

D. R. hier soir. Entre à la salle de travail le 3 août à 3 h. 1/4 matin. La femme est prise de douleurs assez vives vers une heure du matin, le 2 août, et perd du sang assez abondamment.

La perte sanguine diminue rapidement, la malade perd très peu à son arrivée à la clinique. Examen de l'utérus développé comme un utérus de trois mois environ, col légèrement entr'ouvert à travers lequel l'on sent un petit membre. Pouls 86 ; à 3 h. 45 m. 4 août, expulsion d'un embryon frais mort du poids de 60 gr., toilette à 4 h. 45 ; la femme perd un peu injection vaginale chaude ; à 5 heures, la femme perd toujours. Pouls à 108. Mlle Maitrot examine la femme, le col est dur, laissant pénétrer que très difficilement la pulpe de deux doigts, lesquels arrivent sur le placenta, mais celui-ci ne peut être extrait. A 5 h. 20, le pouls est à 112. Mlle Roze, prévenue, décolle et extrait le placenta, du poids de 80 gr., injection intra-utérine à 50°, groog. Pouls, 116. T. 37° 2. A 7 h., la femme paraît bien portante.

OBSERVATION X

Hémorragie de la délivrance. Pouls 112. Délivrance artificielle. Injection vésicanteuse du cordon. Placenta bilobé. Injection intra-utérine à 50°.

Ch. C..., ménagère, III pare. A. H. parents vivants, quatre frères et sœurs bien portants. Trois morts en bas, âge. A. P. a marché à 9 mois, réglée à 15 ans régulièrement. A. P. fièvre typhoïde à 10 ans.

Grossesses antérieures. Première, 1899, maternité garçon, sommet vivant à terme, infection puerpérale, malade pendant deux mois. Deuxième, 1901, chez ses parents, fille terme (biberon), vivante, sommet.

R. C. Six semaines.

Grossesse actuelle. D. R. 17 ans, 20 février. H. U. 33 cent., grossesse de 9 mois, vient de chez elle, fait son ménage, ne se repose pas, n'a pas d'albumine. Sommet, gauche antérieur.

Salle de travail, 5 décembre à 4 h., dilatation complète à 8 h. 45, rupture des membranes, liquide amniotique opalescent, expulsion à 9 h. 45, le 6 décembre d'une fille pesant 3.280 gr.

Une demi-heure après l'accouchement, la femme commence à perdre un peu de sang ; le placenta n'est pas encore décollé, l'utérus est molasse, le globe de sureté fait totalement défaut, il y a impotence fonctionnelle de l'utérus, le pouls est à 80, le suintement sanguin continue. Une heure après l'expulsion du fœtus, l'hémorrhagie devient plus abondante, de gros caillots s'échappent de la vulve, le pouls s'élève à 100, le faciès est très pâle. Mlle Roze, prévenue, pratique la délivrance artificielle à 10 h. 1/2. Une portion de placenta est très adhérente au niveau de la face antérieure de la corne droite de l'utérus. Cette portion est décollée avec assez de difficulté, et présente une forme bilobée. Les membranes sont intactes, il y a une insertion velamenteuse.

Placenter 530 gr. Injection intra-utérine d'eau bouillie à 50°. La femme ne perd plus. Ses membranes mesurent 18/32. A 10 h. 40, la femme ne perd plus ; pouls 112. T. 37° 6.

OBSERVATION XI

Avortement de 5 mois. Présentation du siège. Hémorragie de la grossesse. Hémorragie du travail et de la délivrance. Pouls 160. Femme exangue. Compression de l'aorte. Sérum artificiel, 500 gr. dans chaque cuisse. Ballon dilateur de 200 gr. Délivrance artificielle. Injection intra-utérine d'amiodol. Injection d'éther.

V. C... 27 ans, ménagère, IV pare. A. H. père mort d'anémie cérébrale, mère bien portante, frère mort accidentellement.

P. ignore quand elle a marché, mais a toujours bien marché, réglée à 14 ans régulièrement. A. P. cystite.

Grossesses antérieures. Première, 1899, garçon à terme, sommet, bien portant. Deuxième, 1902, fille à terme, sommet, ni retour de couche ni règle. Troisième, 1903, avortement à six semaines.

Grossesse actuelle. D. R. (?) a senti remuer vers le milieu d'octobre. H. U. 20 cent. est enceinte de 5 mois, vient de chez elle, pique à la machine et ne se repose pas. D. R. 24 décembre veille de la grande hémorragie. Début du travail 30 décembre, entrée à la salle de travail le 30 à 5 h. du soir, dilatation complète 30 décembre 10 h. 10 du soir, rupture des membranes artificielles avant la dilatation complète, présentation, siège décomplété, mode des fesses engagement effectué. Auscultation nulle.

Depuis le 25 avril, la malade perd régulièrement tous les 15 jours la même quantité que pendant les règles, mais liquide pâle en novembre et en décembre; elle perd tous les huit jours, hémorragie nocturne cessant dès que la femme est levée. Le 13 décembre, va à la consultation de Rotchild; on lui dit qu'elle est enceinte de 5 mois, repos, injections chaudes. Le 25 décembre, grande hémorragie arrêtée par injections chaudes. Le 29, nouvelle hémorragie qui ne s'arrête pas de la nuit, fait appeler la sage femme qui conseille la conduite à la clinique; elle y arrive à 4 h. du soir, la femme est exangue, glacée dans ses vêtements tous trempés de sang, pouls 160, par le palpér, vagin rempli de caillots, col dilatable et de la masse placentaire, Injection vaginale 4 litres à 50°. Un ballon de 200 gr. est introduit, compression de l'aorte, sérum artificiel 500 gr. dans chaque cuisse de la malade qui est dans la situation obstétricale, la tête basse, et les jambes très élevées, le pouls subit les variations suivantes :

4 h.	l'arrivée.	160 pulsations.	Injection vaginale 4 l. à 50 a.
4 h. 5	—	140 —	Tentative infructueuse de rupture des membranes avec perce membrane.

4 h. 15	—	135	—	
4 h. 20	—	125	—	
4 h. 25	—	126	—	Introduction du ballon de 200 gr.
4 h. 30	—	132	—	

Entre 4 h. 30 et 5 h., syncope imminente, pouls incomptable, filiforme ; injection de sérum de 500 gr. ; compression de l'aorte qui bat régulièrement mais faiblement.

5 h. l'arrivée. 104 pulsations.

5 h. 5 — 108 —

4 h. 10 — 121 — Les battements augmentent
peu à peu de force ; le pouls
est plus plein.

5 h. 18 — 122 —

5 h. 20 — 110 —

5 h. 30 — 96 —

5 h. 40 — 104 — On replace la femme dans son
lit, seconde injection de
500 gr. de sérum dans la
cuisse droite.

6 h. — 100 —

6 h. 10 — 92 —

La malade va de mieux en mieux, le pouls reste toute la nuit en 96 et 106, la femme ne perd plus, elle a quelques contractions utérines douloureuses espacées.

Le 31 décembre, de 8 h. du matin à midi, contractions espacées peu douloureuses ; à partir de midi, les contractions sont plus fréquentes.

A 1 h. 30 : P. 130 ; T. 38,9.

Ecoulement vaginal d'aspect sanieux d'odeur fétide ; langue humide et blanche.

3 h. 30 : P. 120 ; T. 38,9.

Contractions régulières toutes les cinq minutes. Mlle Roze fait transporter la femme à l'isolement et fait donner 50 centigr. de sulfate de quinine.

5 h. soir : P. 116; T. 38,2.

6 h. 30 s. : P. 120; T. 38,6.

Contractions beaucoup plus énergiques ; col dilatable 5 f. le ballon s'engage. Sérum artificiel 100 gr. Injection chaude à l'aniodol ; 50 centigr. sulfate de quinine.

8 h. 30 soir : P. 120 ; T. 38,4. Contractions régulières et fréquentes. Dilatation un peu plus que 5 francs ; de petites tractions sont faites sur le ballon pendant les contractions.

9 h. 30 . P. 128 ; T. 38,8.

10 h. 20 : P. 120 ; T. 38,8. Le ballon est expulsé suivi d'un fœtus qui se présente par le siège. Je fais l'extraction du fœtus. J'introduis la main dans l'utérus. le placenta est complètement décollé, je l'extrais. Injection très chaude de l'amiodol de 20 l., le liquide est très sal, puis fœtide revenant clair à la fin de l'injection ; la parturiente ne perd pas.

P. 116 ; T. 38,8.

1^{re} f. 1 h. 30 m. P. à 100 ; T. 38,6. La parturiente dort, la face est pâle, pouls bien frappé.

2 h. P. à 100 ; T. 37,8. Parturiente va bien.

8 h. P. 80 ; T. 36,8.

Le fœtus est mort et macéré, sexe féminin. pèse 1.300 gr., le placenta 200 gr.

OBSERVATION XII

Hémorragie de la délivrance. Pouls 120. Injection intra-utérine d'eau bouillie à 50°. Dégagement en O P. Seconde hémorragie 2 h. après la première : deuxième injection intra-utérine à 50°.

M. P... 23 ans, crémère. Ipare. A. H. Parents bien portants. A. D. A marché à onze mois ; réglée à 15 ans ; disparition des règles pendant 1 an.

A. P. A souffert d'anémie pendant 3 ans.

D. R. 6 au 9 mars. H. U. 27 centimètres. Date de la gros-

sesse 9 mois. Vient de chez elle où elle se repose depuis 4 mois D. R. 5 mois.

Début du travail le 16 décembre à 6 h. m. Entré à la salle de travail le même jour, à 2 h. s. avec une dilatation de 2 f. ; la présentation est un sommet en droite postérieur. Dilatation complète à 2 h. 45 ; rupture des membranes tempestives à 2 h. 50 ; liquide amniotique opalescent. Variété de position. O. S. Expulsion à 3 h. 10 m., 17 décembre, d'une fille de 2.850 gr. ; placenta 390 gr. ; bilobé avec dégénérescence fibro-calcaire et fibro-graisseuse.

Membranes complètes très épaisses mesurant 37/2 ; cordon marginal.

Au moment de l'engagement du fœtus, on a constaté le dégagement en O. S. Au moment de la délivrance, la femme perd abondamment, le pouls monte à 120, la femme a des tendances syncopales ; injection intra-utérine à 50 ; l'hémorragie paraît s'arrêter, mais 2 h. après une seconde injection intra-utérine est nécessaire pour arrêter définitivement une nouvelle hémorragie.

L'enfant présente le deuxième jour de sa naissance un céphalématome siégeant sur le pariétal gauche.

OBSERVATION XIII

Accès déclampsie pendant la période d'expulsion. Application de forceps en. O. P. Délivrance artificielle. Expulsion à 10 h. 35. Hémorragie de la délivrance. Pouls incomptable. Compression de l'aorte. Injection de 2.500 grammes de sérum. Inhalation d'oxygène. Injection de caféine, d'éther. Mort à 1 h. 1/2 du soir.

D. M. 18 ans, mécanicienne. I pare. A. H. père mort tuberculeux ; mère et père vivants, bien portants. A. P. a marché à 18 mois, mais a toujours bien marché, réglée à 18 ans régulièrement. Ant. P. nuls. Le père de l'enfant est bien portant, a 19 ans.

D. R., 24 au 28 février. H. U. 35 centimètres. grossesse à terme, vient de chez elle où elle se repose depuis deux mois. D. R., 3 mois, pas d'albumine au moment de l'accouchement (la feuille est jointe à l'observation). Grande quantité de liquide dans l'utérus, sommet, bassin normal. Début du travail 29 décembre à 7 heures du soir, à 9 heures dilatation 1 franc ; à 6 h. 20 le 30, dilatation complète, rupture des membranes précoces, liquide amniotique opalescent. La femme entre en période d'expulsion à 3 h. 20 du matin, la tête se trouve à 9 h. 20 dans le bassin mou, faisant bomber le périnée postérieur, la femme pousse mal, et M. Delestre conseille d'attendre en dirigeant mieux l'expulsion. A 10 heures, M. Pinard voit cette femme à la salle de travail, constate qu'on la fait mal pousser, conseille d'attendre un peu, la tête étant à la vulve. Quelques instants après, la femme prise d'une crise convulsive éclamptique, chloroforme, on applique la langue sur le plancher buccal avec un linge. M. Delestre fait une application de forceps en O. P., l'enfant respire mal et ne crie pas, le cordon est sectionné. M. Pinard extrait à l'aide du tube de Ribemont des mucosités, l'enfant se met alors à crier. Pendant ce temps M. Delestre, qui était resté à côté de la femme, voit tout à coup sortir des organes génitaux, un véritable jet de sang rouge. Il fait rapidement mettre la femme en travers du lit, position obstétricale, délivrance artificielle. La femme est devenue très brusquement pâle et se trouve dans un état syncopal. Pouls petit, très rapide, injection intra-utérine prolongée à 50. Compression de l'aorte abdominale, puis injection sous cutanée de 2 litres de sérum artificiel, 4 piqûres d'éther. L'hémorragie est arrêtée, la malade est replacée dans son lit. Enveloppement chaud, respiration d'oxygène. Le pouls remonte légèrement, il est moins fréquent. A midi, le pouls est à 108, mais très faible, la femme est de plus en plus pâle. Inhalations constantes d'oxygène. A midi 1/4, la respiration s'embarasse, le pouls est imperceptible. On refait 500 grammes de sérum, et plusieurs injections de caféine et d'éther. Cependant, le pouls ne remonte pas, la respiration est

de plus en plus faible. A 1 h. 1/4, la femme s'éteint sans avoir repris connaissance depuis midi.

L'enfant du sexe masculin pèse 3.900 grammes, le placenta 650 grammes, les membranes mesurent 33/7, cordon normal, insertion central.

Quel est le traitement employé à la clinique Baudelocque dans les diverses observations que nous avons publiées. Il peut, suivant l'expression de Tarnier, de Ribemont Dessaignes, se résumer en deux mots : vider l'utérus.

Sérum artificiel, injections d'éther, injection chaude intra-utérine, inhalation oxygène, etc., ne sont que des traitements adjuvants.

Quelle était la pratique que l'on préconisait autrefois? Velpeau divise le traitement en :

1° Moyens préventif;

2° Moyens curatifs.

I. *Moyens préventifs.* — Dans l'hypothèse que je viens d'exposer et que je crois facile à défendre, le meilleur moyen de prévenir l'hémorragie ne serait pas de frotter l'ombilic à travers l'hypogastre avec une cuillerée d'eau-de-vie ou d'eau de Cologne, comme le voulait Leroy, et Faure dit l'avoir vu faire à l'étranger, mais bien d'appliquer promptement un bandage un peu serré sur le ventre ou de faire placer la femme la tête très basse aussitôt après l'accouchement.

White exige cette position, même pendant le travail, et défend à la femme de se livrer au moindre effort.

Clarke. Un excellent moyen, selon l'auteur, consiste

à tenir la femme froide dans le dernier temps du travail et à comprimer l'hypogastre avec la main pendant la sortie du fœtus, jusqu'à ce que l'utérus soit rentré dans le bassin.

Osborne prétend qu'on réussit également bien en retardant l'expulsion de l'enfant une fois que la tête est sortie.

Evan se loue beaucoup de liquides glacés donnés à l'intérieur dans le même but.

Guillemeau vante particulièrement l'infusion de seigle ergoté à dater de la rupture des membranes, mais je crois que la précaution indiquée par Osborne et la compression par la méthode de Clarke méritent autant de confiance.

Waller administre une forte dose d'opium après la délivrance chez toutes les femmes ; je n'en puis rien dire, attendu que personne en France n'en a encore étudié l'action sous ce point de vue.

II. *Moyens curatifs.* — Une fois déclarée, l'hémorragie exige des soins immédiats.

I. *Vider l'utérus, soutenir la matrice*

Pour peu qu'il reste de la délivrance dans les organes génitaux, on doit s'empresser de l'extraire. On vide donc la matrice avec la main, comme le veut Deleurye, sans se laisser effrayer par les craintes qui en ont imposé à Blundell et Ingleby sur ce point.

Après avoir extrait le placenta ou les caillots, si la

perte continue au point de donner des inquiétudes, on doit, en cas que la matrice reste molle et inactive ou que les sinapismes entre les deux épaules aient été vainement employés, ne pas hésiter à porter de nouveau la main dans cet organe.

Elle vaut mieux, dit Jackson, que le tampon, le seigle ergoté, les topiques froids.

De la Motte avait fort bien remarqué que c'est le plus sûr moyen de faire cesser l'inertie.

La compression exercée en sens divers sur l'hypogastre, compression vantée comme une découverte importante par Dussé, ne remplacera jamais ce moyen d'une manière complète, quoi qu'elle ne soit pas non plus à négliger.

Il s'en faut, au reste, que le défaut de contraction soit toujours suivi de la perte après l'accouchement.

Après avoir extrait un placenta qu'il croyait adhérent, Glasspole reconnut très bien que l'utérus était mou et non contracté, quoiqu'il n'y ait point d'hémorragie.

Tout ce que j'ai dit de la compression à l'article hémorragie pendant le travail s'applique surtout ici.

C'est alors que Chevreul s'en est surtout servi avec avantage comme accessoire du tampon.

Ce serait aussi le cas de se servir d'éponges imbibées d'eau froide ou d'exicrat, appliquées sur l'hypogastre, les lombes, les flancs, à la manière d'Hippocrate.

Quant à extraire le sang qui s'épanche au moyen d'une sonde comme le veut Dolivera, il ne faut pas y songer.

Lee a raison de se moquer de Gooch, qui veut qu'une des mains aille dans la matrice servir de point d'appui à celle qui comprime l'hypogastre, afin de simuler l'action d'un tourniquet, et nous verrons dans le chapitre suivant que c'est moins l'utérus que l'aorte ou les vaisseaux du bassin qu'il s'agit de comprimer.

Moreau indique trois classes de moyens pour vider l'utérus :

- 1° Ceux qui doivent être appliqués à l'extérieur ;
- 2° Ceux qu'on introduit dans le canal digestif ;
- 3° Ceux qui sont donnés pour agir dans l'intérieur de l'utérus.

Parmi les premiers, il existe les boissons froides, les frictions sur le ventre, les applications d'eau froide, les aspersions d'eau froide vinaigrée et glacée. Il note encore la ligature des membres inférieurs ; les sinapismes entre les épaules, mais, tous ces moyens sont peu actifs.

Quant aux substances introduites dans le tube digestif, il ne recommande que les stimulants, tels que les boissons froides et alcoolisées, et tout spécialement le seigle ergoté.

Dans un chapitre spécial consacré à ce médicament, nous dirons ce qu'il faut penser actuellement.

Pour Moreau, les moyens les plus efficaces sont ceux qui agissent sur l'utérus directement, et ce sont ceux-là que l'on doit employer de préférence.

Le meilleur de ces moyens consiste à tétiller l'utérus avec deux ou trois doigts d'une main, tandis que l'autre, appliquée sur l'hypogastre, le comprime. Il

suffit souvent, pour déterminer l'organe à se contracter et arrêter l'hémorragie. Dans les cas graves on doit, dit-il, introduire la main dans l'utérus, sur la surface duquel on la promène à plat, afin de décoller les caillots; il ne faut pas se hâter de retirer la main, car il arriverait alors ce qui a lieu quand le fœtus est expulsé d'une manière trop brusque, et on serait obligé de recommencer la manœuvre. Il vaut mieux attendre, pour retirer la main, que les contractions se manifestent avec énergie, et que l'utérus fasse des efforts pour l'expulser.

Il indique aussi d'autres moyens: une vessie est introduite dans l'utérus et gonflée d'air ou par une liqueur styptique. L'introduction de glace dans l'utérus lui a donné également de bons résultats. L'introduction dans l'utérus d'une éponge imprégnée de vinaigre a été conseillée comme très efficace, mais, cependant, il semble que ce moyen doit être defectueux, car l'éponge s'imprègne de sang et augmente ainsi le volume de l'utérus. C'est pour cela que Moreau lui préférerait un tampon de linge.

Nægelé préconisait: 1° Des frictions circulaires dans la région de l'abdomen où se trouve le fond de l'utérus; 2° Des aspersions d'eau glacée sur l'abdomen et la partie supérieure des cuisses; 3° Des injections dans le vagin d'eau froide mélangée, dans les cas urgents de parties égales d'eau-de-vie et de vinaigre; 4° De la teinture de canelle à l'intérieur; 5° Du seigle ergoté.

Baudelocque dit: Si la perte exige qu'on délivre la femme sur le champ, elle n'indique presque rien concernant la manière d'opérer qui n'ait été exposé ci-de-

avant, excepté lorsque le placenta conserve encore une partie de ses adhérences avec la matrice ; lorsque le cordon ombilical a été arraché ou lorsqu'il est trop faible pour supporter les efforts nécessaires en pareil cas. Lorsque le placenta n'est pas complètement détaché, on cherche l'endroit où il est séparé de la matrice. On insinue les doigts derrière cette partie et l'on achève de détruire le reste de ses adhérences, en agissant comme si on voulait séparer deux feuilles de papier unies. Pendant tout ce temps, l'on a grand soin d'assujettir la matrice en appuyant de l'autre main sur le ventre de la femme.

Il n'est pas toujours nécessaire d'introduire la main dans la matrice pour opérer la délivrance, lorsque les adhérences du placenta sont plus fortes que de coutume, souvent il suffit de tirer sur le cordon, en dirigeant les tractions de manière à ce qu'elles agissent directement et presque uniquement sur le point même du placenta, où il est inséré.

II. — *Les injections.*

Les injections d'oxicrat, le vinaigre pur ou l'eau glacée conseillées par Saxtorph, l'alcool et les acides sulfurique ou nitriques étendus d'eau, avec lesquels Bosta veut qu'on aille, en quelque sorte, cautériser les vaisseaux utérins, la solution de sublimé que Hohl a beaucoup vanté, offriraient bien moins d'avantages, exposeraient à beaucoup plus d'accidents, et ne sont pas d'une application aussi facile que la main.

Basedow qui avait aussi conseillé la vessie à air de Rouget n'en a nullement prouvé l'efficacité.

Ces injections froides ou astringentes qu'avait d'abord préconisées Kock, comme elles l'avaient été par Galien, P. Alpin, et que Guillemeau dit avoir employées avec succès, ne méritent peut-être pas tous les reproches que leur adresse Outremont. Je doute aussi qu'on ait réellement à craindre, comme le croit Cruveilhier, qu'elles puissent entrer dans les sinus utérins, et devenir aussi promptement mortelles, mais je les crois de nature à faire naître de nombreuses maladies chroniques. et à mériter par là l'oubli où elles sont tombées.

Craignant que l'action des liquides médicamenteux ne fût empêchée par le sang, quelques praticiens ont imaginé d'en imbiber certains corps et de les porter ainsi dans la matrice.

Cruckauk se servait d'une éponge imbibée de jus de citron ou de vinaigre.

Leroux tamponne l'utérus avec succès et ses tampons étaient alors imbibés des mêmes liquides.

Pasteur puis Evrat ont conseillé le citron dépourvu d'écorce. Abandonné dans la matrice, il y cause une excitation et bientôt une contraction permanente presque aussi efficace que la main.

S'il n'y avait point d'inertie, on devrait avoir recours au traitement indiqué à l'article de l'hémorragie en général aux révulsifs, aux réfrigérants et on pourrait encore, comme Rigby dit l'avoir fait avec succès, recourir à la succion des mamelles.

Cet accoucheur prétend que si l'enfant prend le sein,

la perte cesse à l'instant. La sympathie bien connue qui existe entre l'utérus et la gorge rend croyable un pareil effet.

III. — *Compression de l'aorte.*

Lorsque l'hémorragie est foudroyante il serait bon de comprimer l'aorte au-dessus de l'angle sacro-vertébral en attendant qu'on pût mettre en pratique les autres moyens.

Immédiatement après la sortie du fœtus les parois abdominales sont molles chez un grand nombre de femmes il serait facile d'exercer, sur l'aorte, une pression efficace.

Boer, Mme Dugès, Mme Lachapelle, avaient indiqué ce moyen. Baudelocque et Tréhan en ont peut être exagérés l'importance. Toutefois, c'est un moyen d'une certaine importance qu'il ne faudrait pas oublier, le cas échéant.

L'idée n'était pas neuve, l'on dit que Plouquet avait indiqué ce procédé en 1797 et Usamer l'employait avant qu'il en fut question en France.

Différents moyens ont été employés :

1° Les uns, comme Saxtorph, arrivaient à l'aorte en agissant sur la matrice à travers les parois du ventre.

2° D'autres portaient la main dans l'utérus pour atteindre l'aorte sur le rachis.

3° D'autres enfin, veulent, comme Baudelocque, qu'on efface l'aorte au-dessus de l'utérus soit avec

deux doigts, soit avec le pouce, ou même le poing qu'on applique un peu à gauche de la colonne vertébrale à travers les parois abdominales, en écartant et déprimant soigneusement les intestins.

Dans le journal d'accouchements de Siebold, Reichelberg cite, sur l'efficacité de ce moyen, un fait digne de remarque.

Cependant, s'il est vrai qu'on arrête par ce procédé l'écoulement du sang artériel, l'on gêne aussi le retour du sang veineux on doit donc éviter autant que possible de comprimer la veine cave.

Par la compression de l'aorte le chirurgien devient libre, son premier devoir est de réveiller les contractions utérines, pendant que l'aide continue sa pression qui ne peut être relâchée que lorsque l'utérus est dur.

IV. — *Du seigle ergoté.*

Plusieurs auteurs, Bordot, Goupil, Villeneuve, soutiennent que le seigle ergoté fait cesser l'inertie utérine, oblige l'organe à se contracter, à détruire ces adhérences, à chasser le placenta et à suspendre l'hémorragie.

La délivrance étant toujours prompte, disent-ils, sans jamais avoir été suivie de pertes de sang, on doit en conclure qu'il peut rendre de très grands services, par exemple, dans les adhérences anormales ou quand il survient une hémorragie après la sortie du fœtus.

Il semble que le seigle ait été conseillé à une époque très reculée, il fut employé comme moyen oxytocique au temps de Charlemagne jusqu'au siècle dernier.

Le seigle ergoté fut donc vanté pendant longtemps. Parent, de Beaune, nie cependant, dans un mémoire fort intéressant, la valeur de cette poudre et lui attribue même certains accidents d'hémorragie : « Une jeune femme fut prise d'une perte violente après son accouchement, bien que je lui eusse administré du seigle ergoté à la dose de quarante-cinq grains pendant le travail et que cette substance eût d'ailleurs produit l'effet que j'attendais. »

Un autre exemple semblable fait porter le jugement suivant : « Si le seigle cornu peut être utile quand la perte est le résultat de l'inertie de l'utérus, ce n'est pas dans les cas graves et qu'il ne faut guère compter sur ses effets avantageux, que dans les cas d'hémorragies modérées qui se manifestent à une certaine distance de l'accouchement. »

Nous verrons plus loin qu'elle est l'opinion du professeur Pinard sur la poudre, ou les décoctions d'ergot.

V. *Transfusion et injections*

Essayée plusieurs fois par Blundell, elle aurait donné de bons résultats, toutefois, c'est une ressource dangereuse dont les bienfaits sont loin d'être constants.

D'après Burns, la phlébite en est un des grands ac-

cidents et de plus la transfusion n'empêche nullement la perte de continuer. Si l'on a conseillé ce procédé, pour remédier à la vacuité des vaisseaux, à l'état de syncope ou de convulsions qui suivent les hémorragies graves, pourquoi, au lieu de sang humain n'injecterions-nous pas comme le conseille Brun, de l'eau tiède pour remplir les vaisseaux.

Amillet a étudié l'action des injections d'eau salée dans le traitement de l'anémie aiguë consécutive aux hémorragies puerpérales. Sa thèse, 1897, nous apprend que en 1886, Bischoff injecte à une femme atteinte d'hémorragie de la délivrance 1250 grammes de chlorure de sodium à 6 0/0 additionné de quelques gouttes de potasse caustique.

La femme guérit.

En 1888, Morel injecte dans la veine médiane céphalique un litre et demi de sel de cuisine à 6 p. 100 et à 37° pour remédier à une hémorragie suite d'un avortement.

A Paris, en 1890, Porak ; 1894, Pinard ; 1895, Doléris obtiennent de bons résultats par l'emploi de ce traitement pour les hémorragies dues au décollement du placenta.

A partir de 1896, les travaux abondent, on peut citer ceux de Maygrier, Leclerc, les thèses de Faney, Mourelle, Simon, Vigour, Fourmeaux.

Dans un second chapitre, Amillet examine l'action physiologique de la solution saline.

Les injections se font, dit-il, de 5 à 10 p. 1000.

Le sérum de Hayem se compose de :

Chlorure de sodium.....	5 grammes
Sulfate de soude.....	10 —
Eau distillée.....	1000 —

L'eau salée employée seule est encore la solution la moins nocive pour le sang.

Action sur le sang. — D'après les recherches de Jolyet et Laffont, l'on sait qu'après une injection d'eau pure, les globules sanguins s'altèrent, se gonflent, se difforment et même se détruisent ; avec de l'eau salée, l'altération est moindre et surtout il n'y a pas de destruction de globules avec une solution à 7-5 p. 1000 les globules se gonflent et absorbent la solution.

D'après Hayem, la proportion la meilleure est de 10 p. 1000, les inconvénients ci-dessus disparaissent de plus, le sérum salin a une action franchement hémostatique.

Action sur la circulation. — On peut injecter des quantités considérables de liquide salé sans danger ; 2° On peut injecter de grandes quantités à condition de ne pas dépasser la vitesse de 5 à 10 c. par minute ; 3° chez un individu sain, l'injection abondante modifie peu la pression artificielle, même si la quantité injectée est abondante.

Action sur le rein. — L'injection saline produit une diurèse abondante, (environ 30 minutes après) ; à partir d'un certain moment après l'injection, il sort de l'orga-

nisme une quantité de liquide égale à celle qui y entre.

Première période. — L'urine a les caractères de l'urine physiologique.

Deuxième période. — Peu d'urée. Le liquide rejeté ressemble au liquide injecté.

Troisième période. — L'urine reprend ses caractères normaux.

Action sur l'utérus. — Budin signale l'observation de Keiffer, de Bruxelles : contractions du col par l'intermédiaire de la moelle. Dans son travail, Keiffer signale dans l'anémie aiguë l'utérus atone et flasque. Si l'hémorragie cesse, l'utérus redevient contractile, l'injection a donc sur cet organe un effet heureux.

Par quelle voie est-il préférable de faire pénétrer la solution saline. — Sur ce sujet les avis sont très partagés.

Simon et Vigoux préconisent l'injection intra-veineuse. Fanez et Fourneaux n'admettent que l'injection intra-cellulaire. Olivier et Amillet sont partisans des deux systèmes suivant la gravité des cas. Maygrier émet que les choses massives de sérum sont seules capables de rendre la vie à la malade, les injections de 400 à 500 grammes sont inefficaces et insuffisantes.

Faney, pour prouver que la méthode intra-cellulaire vaut la méthode intra-veineuse dit, dans sa thèse :

« L'avantage capital qu'on attribue à la transfusion vasculaire réside dans la rapidité de pénétration du liquide transfusé, avantage digne, à la vérité, d'être pris en considération dans les cas de nécessité immédiate,

impérieuse, dans ceux où, sous peine de voir la malade mourir entre ses mains, le médecin n'a pas une minute à perdre et c'est à juste titre que sous ce rapport, les partisans de la méthode intra-vasculaire placent en elle leur confiance. On ne saurait soutenir, sans risquer d'être taxé d'exagération, qu'un liquide directement introduit dans les vaisseaux ne se mélange au sang plus rapidement que s'il est injecté sous la peau. Ce point semble même, par son évidence, échapper à toute discussion. »

Faney rejette la méthode intra-veineuse pour les raisons suivantes :

- 1° Préparatifs longs ;
- 2° Technique compliquée ;
- 3° Chauffer le liquide, le stériliser, ainsi que les instruments ;
- 4° Danger d'introduire de l'air dans les veines, d'ailleurs, dit-il « les deux méthodes paraissent équivalentes au point de vue des résultats. »

Le professeur Pinard tout en reconnaissant la plus grande diffusion de l'injection intra-veineuse ne la conseille cependant pas à ses élèves. Nous ne l'avons jamais vu faire à la Clinique Baudelocque. Pour faire œuvre utile il faut, dit-il, que ce traitement puisse se faire dans n'importe quel milieu, qu'il soit simple et sans danger, même à doses très élevées. Or, l'injection intra-veineuse est une véritable opération, dangereuse par le choc qu'elle produit sur l'organisme. Résultat de la brusque réplétion qu'on observe à la suite de l'afflux direct dans le système circulatoire.

Sa supériorité curative, d'ailleurs, est loin d'être démontrée puisque l'on n'arrive en changeant l'aiguille de place à injecter tout autant de sérum par la voie cutanée que par la voie veineuse et certainement à moins de frais. Pour Lejars « *l'injection sous-cutanée représente le procédé de choix, la voie intra-veineuse étant réservée à certaines indications exceptionnelles.* »

Dans notre pratique, tout en étant très partisan de l'injection intra-cellulaire, nous aurions cependant recours, dans le cas d'extrême urgence, à l'injection intra-veineuse à condition toutefois que nous nous trouverions dans un milieu et dans des conditions convenables pour réaliser cette opération avec succès.

Quelles sont les indications et les contre-indications de l'injection de sérum.

Indication. — Les insertions vicieuses du placenta sont très souvent la cause d'hémorragies fréquentes au début de la grossesse, l'écoulement sanguin est modéré, bien supporté, survient le soir sans cause appréciable, cesse de lui-même ou sous l'action d'une simple injection chaude à 50°. Cette hémorragie peut se produire plusieurs fois dans le cours de la grossesse si bien qu'arrivé au terme ou près du terme, la femme se trouve dans un état d'anémie inquiétant.

Les injections intra-cellulaire de sérum sont toutes indiquées, et le professeur Pinard, dans une de ses mémorables leçons sur les indications de l'interruption thérapeutique de la grossesse, conseille même, en plus de l'injection, la rupture large des membranes qui fait

cesser l'hémorragie et marque le commencement de l'avortement provoqué.

L'inertie utérine au moment de la délivrance est la cause la plus fréquente de l'hémorragie ; c'est là encore que nous retrouvons l'indication de l'injection.

Toutefois, chez une femme qui perd pour la première fois en assez grande quantité et dont les pulsations n'atteignent pas 100 pulsations à la minute, l'on doit s'abstenir de toute intervention immédiate.

La grossesse extra-utérine est souvent marquée dans la première moitié par une hémorragie interne aussi brusque que foudroyante ; pendant que l'on prépare la femme à subir la laparotomie, la première indication est de donner, comme nous l'avons vu faire plusieurs fois, une forte injection de sérum.

Ajouterai-je enfin que dans les cas de rupture utérine ou d'hémorragie rétro-placentaire, les injections sont de première nécessité.

Contre-indication. — Il y a-t-il des contre-indications absolues à l'injection de sérum artificiel. Nous ne le croyons pas, elle sont seulement relatives.

1° La diurèse étant plus considérable après l'injection, il est urgent de s'inquiéter de l'état des reins. Chez une femme albuminurique il faudra pratiquer l'injection intra-cellulaire par petite quantité. On évitera ainsi l'œdème pulmonaire, l'hydrathrose, l'ascite, etc.

2° Si l'on en croit les expériences faites sur les animaux, il y aurait lieu d'agir prudemment chez les sujets chloroformés, l'élimination des liquides étant, paraît-il,

insuffisante, certains animaux seraient morts de syncope.

Ces accidents n'ont pas été observés chez la femme. Cependant, par mesure de prudence, il serait bon de s'abstenir de dose massive de sérum et aussi d'injection intra-veineuse.

Il serait peut-être préférable de se servir d'éther au lieu de chloroforme.

Malgré les résultats surprenants que l'on obtient par ce procédé thérapeutique, il est bon de constater que parce qu'une femme est revenue à un état normal, elle n'est pas sauvée. On ne doit pas l'abandonner, au contraire, on doit la surveiller de très près et assez longtemps. La clinique nous apprend que des femmes qui ont paru très améliorées retombent brusquement dans l'état primitif, quelquefois huit ou dix heures après la première alarme.

Pronostic. — Peut-on toujours réussir? Malheureusement non. Il est des cas où l'anémie est tellement grave, où l'hémorragie est si importante, que quoique vous fassiez, la femme succombera. Surtout si vous êtes obligé de compliquer son anémie d'un choc opératoire quelconque. Il faut espérer que les résultats obtenus iront encore en s'améliorant lorsque l'on ne craindra plus de répéter les injections, lorsqu'on les fera à haute dose.

Les insuccès ont souvent pour cause la façon trop timide et trop parcimonieuse à laquelle on a eu recours dans l'emploi de ce moyen thérapeutique.

En ce qui concerne le pronostic de l'injection elle-

même, il n'y a pas d'accident local à signaler, si elle a été faite d'une façon aseptique et à la dose maxima de 300 grammes, au même point ; la tension de la peau et surtout la douleur devient assez vive avec une dose plus élevée.

Technique opératoire et instrumentation. — Nous avons vu que c'est au chlorure de sodium qu'il faut avoir recours.

Les discussions de Barth et Malassez ont fixé définitivement le titre à employer afin qu'il n'y ait pas d'altération de globules du sang ; ce titre est 10 1/00.

La solution doit être préparée à l'avance, conservée dans des flacons spéciaux hermétiquement fermés par une garniture en caoutchouc, le transport en est ainsi facile et l'on est certain de la conservation du liquide.

En cas d'urgence, tout praticien doit pouvoir faire immédiatement son sérum, soit qu'il possède un paquet de 10 grammes de chlorure de sodium, qu'il est facile de faire dissoudre dans un litre d'eau bouillante. Deux cuillerées à café bien remplies contiennent 9 à 10 gr. de sel.

Comme nous n'admettons l'injection intra-veineuse que dans les cas les plus urgents, nous ne ferons qu'énumérer les instruments inventés à cet effet.

Appareils à injection intra-veineuse.

1° Le plus simple et le plus pratique est le siphon du docteur Ollivier ;

2° L'appareil du docteur Leclerc, qui est un instrument d'hôpital ;

3° Le séro-transfuseur d'Audebert ;

4° Le ballon de Maygrier, etc..

II. *Appareils à injection sous-cutanée.* — Quelques accoucheurs se servent de la seringue de Roux munie de l'aiguille n° 2 de l'aspirateur de Potain. Malgré les nombreux inconvénients que l'on lui a reprochés, nous emploierons cet appareil dans les cas peu graves. L'on peut injecter sans sortir l'aiguille cinq à six seringues et ainsi en deux ou trois on peut injecter 4 à 500 gr. de sérum.

Ollivier a fait construire une seringue à écrou brisé afin de remédier aux saccades de l'injection et à la force qu'il faut déployer pour vaincre la résistance des tissus, inconvénients de la seringue de Roux. Quénu a présenté l'appareil de Chevreton, qui est assez ingénieux. Dumouthier a fait composer un appareil qui se rapporte sensiblement à l'appareil de Potain, à qui nous donnons la préférence. Il remplit, en somme, tous les desiderata, sous la réserve que toutes les parties en aient été dûment bouillies. Varnier s'est rendu compte qu'avec l'aiguille n° 2 on fait pénétrer 100 grammes de liquide en deux minutes avec trois coups de piston.

Il serait oiseux de décrire ici l'appareil que nous connaissons tous pour en avoir lu la description dans les ouvrages de petite chirurgie, ou pour l'avoir vu fonctionner dans les hôpitaux.

Technique opératoire. — Pour l'injection intra-veineuse, l'on procède de la façon suivante :

1° Chauffer le liquide à 38° ou 40°.

2° Choisir la région où se fera l'injection, faire un

savonnage soigneux, puis laver d'abord à l'alcool absolu puis à l'éther.

3° Procéder à l'injection.

A. *Injection intra-veineuse.* — C'est au membre supérieur que l'on choisit la veine. Découvrir la veine au bistouri, l'isoler avec la sonde canelée et placer une pince à forcepessure, saisir la paroi du vaisseau avec une pince à griffes, tailler une petite valve qui est relevée avec la pince et au-dessus de laquelle on introduit la canule dans la lumière de la veine. On pousse la canule jusqu'à ce que les parois veineuses l'embrassent. Le réservoir est placé à une hauteur de 50 cent. à 2 m. L'on peut faire pencher 1200 gr. et même 1500 gr. en moins de 25 à 30 minutes. L'injection terminée, on suture avec un ou deux crins de Florence.

B. *Injection intra-cellulaire.* — L'on choisit une des régions suivantes (flancs, régions fessières et retro-trochantériennes, région externe de la cuisse), l'on en fait l'antisepsie soigneuse.

L'opérateur, après avoir fait un gros pli de la main gauche saisit l'aiguille de la main droite et l'enfonce brusquement et obliquement dans les tissus à une profondeur de 3 à 4 centimètres, puis il lâche la peau.

L'injection terminée, on retire vivement l'aiguille et on applique l'index sur le point de sortie. On fait un léger massage pour faciliter la résorption et on obture l'orifice avec du coton ou du collodion. Il est bon d'ajouter à ceci des piqûres d'éther, du champagne, des grogs chauds et même des inhalations d'oxygène.

Quelles sont les conclusions que nous donnerons à ce chapitre :

1° Dans le cas d'hémorragie de la grossesse ou de l'accouchement, l'anémie sera traitée par l'injection saline.

2° Le chlorure de sodium à 10/000 est la meilleure solution.

3° Dans les cas d'hémorragies abondantes nous conseillons d'avoir recours à l'injection sous-cutanée, 1500 à 2000 g. peuvent être injectés en une seule séance, mais en plusieurs points différents par fractions de 250 à 300 g. Il est prudent, d'une façon générale, de ne pas injecter plus de 50 cc. par minute dans les cas pressants, 100 gr. par minute est la vitesse maximum que l'on puisse atteindre sans inconvénients.

4° Dans les cas bénins l'injection de 200 à 300 gr. est suffisante.

5° Afin de faire supporter le choc opératoire chez une femme anémiée, il sera nécessaire de lui faire une injection intra-cellulaire du sérum.

6° Surveiller la femme attentivement afin de pouvoir, en cas d'alarme, renouveler l'injection jusqu'à ce que tout danger soit disparu.

Nous venons de voir tout ce qui a été tenté par les différents auteurs ou accoucheurs pour remédier à cet accident du deuxième temps de l'accouchement.

Est-ce à dire qu'en face d'une hémorragie nous emploierons successivement tous ces moyens, certes non, car si tous ont pu donner par hasard de bons résultats il n'en est pas moins vrai qu'ils ne sauraient, pour la

plupart, faire partie d'un traitement régulier, certains pourront être conservés comme adjuvant au traitement principal.

Nous étudierons donc :

1° La compression de l'aorte ;

2° L'extraction du contenu utérin ;

3° Injections utérines ;

4° Injection de sérum ;

5° Tamponnement intra-utérin.

6° Seigle ergoté.

Pendant qu'un aide comprime l'aorte avec le poing fermé à travers la paroi abdominale, la première indication est de vider l'utérus, le vagin et la vulve ; les mains et les avant-bras de l'accoucheur sont lavés et aseptisés. Puis la femme restant dans le décubitus ordinaire si son état de faiblesse l'exige ou placé dans la situation obstétricale, on fait pénétrer rapidement la main droite dans l'utérus, tandis que de la main gauche on maintient le fond. Si le placenta est incomplètement décollé, on se hâte de le séparer de l'utérus, la main, comme le conseille le professeur Pinard, coiffée des membranes, et on l'entraîne avec les caillots qui étaient déjà accumulés dans l'utérus. Si l'arrière faix est entièrement libre, on l'entraîne tout de suite.

Pendant ce temps la main gauche frictionne énergiquement et masse en quelque sorte l'utérus à travers la paroi abdominale. La présence de la main dans l'utérus, l'achèvement du décollement du placenta, l'extraction de l'arrière faix et des caillots suffisent la plupart du

temps à faire sortir l'utérus de son état d'inertie. Si l'on soupçonne que quelques caillots sont demeurés dans l'utérus, il ne faut pas hésiter à réintroduire la main et à profiter de sa présence dans l'utérus pour frictionner doucement la paroi interne de la cavité.

En pratique, pour vider l'utérus, faudra-t-il toujours introduire la main à l'intérieur de l'organe?

Non, il suffit souvent de prendre l'utérus dans la main, à travers la paroi abdominale, la paume de la main sous le fond de l'organe, et de faire un peu d'expression. L'utérus exprime son contenu et presque aussitôt se rétracte, et l'hémorragie s'arrête.

Si cette méthode a certains avantages, surtout de ne pas introduire la main dans les organes génitaux, elle ne doit pas être faite comme la pratiquait Crédé, c'est-à-dire pendant les contractions utérines et immédiatement après l'accouchement; au contraire, il est préférable de n'exercer une pression forte, une sorte de relaxation de l'utérus, que dans l'intervalle des contractions utérines.

Il est bon cependant de se souvenir que si cette intervention échoue, l'on doit recourir à la délivrance artificielle, qui est le procédé de choix.

II. — *Injection intra-utérine.*

Pour être efficace l'injection doit être faite avec de l'eau bouillie chaude à 50°. Réussit-elle dans tous les cas. Assurément oui. Pourquoi préfère-t-on l'injection chaude à l'injection froide qui a pourtant donnée de

bons résultats. Le froid contracte les vaisseaux, mais après l'injection l'action du froid cessant, il se produit une réaction et l'hémorragie se reproduit plus abondante qu'auparavant. Si l'injection est chaude, le contraire se produit ; la chaleur fait d'abord dilater les vaisseaux et le sang coule, mais aussitôt après, la réaction se produit, les vaisseaux se rétractent et l'hémorragie s'arrête ; la réaction est durable, mais a la condition que l'utérus soit vide. Quelle quantité faut-il faire passer dans l'utérus ? La quantité est variable de deux à dix litres.

La technique opératoire est délicate, c'est une opération, un véritable cathétérisme qui doit être pratiqué par l'accoucheur ou la sage-femme ; on se sert d'une sonde utérine en verre que l'on a fait bouillir et aseptisée dans une solution de sublimé. Pour faire l'injection intra-utérine, après avoir donné une injection vaginale à la femme, avec une canule vaginale, on introduit deux doigts dans le vagin pour rechercher le col ou l'orifice externe de l'utérus. Dans certains cas de délabrement de l'orifice utérin à la suite d'une application de forceps ou même après un accouchement simple, cette recherche peut présenter quelques difficultés ; une fois faite, les deux doigts pénètrent jusqu'à l'orifice interne du col, la sonde tenue de la main gauche, est glissée sur ces deux doigts servant de conducteurs et introduite ainsi jusqu'au fond de l'utérus. La sonde a été au préalable expurger d'air en y faisant passer un certain courant d'eau.

Le bock est placé à 20 centimètres au-dessus du plan

du lit afin que le liquide puisse s'écouler sans pression. La main libre doit être placée sur le ventre de la femme afin de soutenir le fond de l'utérus et de s'assurer par la sensation de l'extrémité de la sonde à travers l'utérus et la paroi abdominale que celle-ci est bien dans l'organe. Quelquefois, lorsqu'une contraction se produit, l'orifice se referme sur la sonde et le liquide ne sort plus, on est alors tenté d'élever le bock pour donner plus de pression ; c'est une très grosse faute. Par l'excès de pression le liquide peut passer dans le péritoine par les trompes. Il faut au contraire abaisser le niveau du liquide à la hauteur de l'utérus et attendre que la contraction ait cessé.

Tarnier attache une grande importance au liquide antiseptique avec lequel est faite une injection intra-utérine : d'après lui la plupart des accidents rapides observés pendant les injections intra-utérines « ne reconnaissent le plus souvent pas d'autre cause que la pénétration d'une certaine quantité de substance antiseptique dans les sinus utérins et de là dans la grande circulation. Se basant sur l'observation clinique Tarnier a rejeté le bi-odure de mercure, l'acide phénique, le lysol, le phénosalyl et le sublimé et employait la solution suivante :

Iode métallique.....	2 grammes
Iodure de potassium....	4 grammes
Eau.....	1 litre

Pendant les cinq dernières années de sa vie le savant

accoucheur n'a jamais eu d'accident par l'emploi de cette solution.

Pour les cas d'hémorragies graves, le professeur Pinard n'emploie que de l'eau bouillie à 50°.

III. — *Injection de sérum.*

Nous avons longuement étudié cette question, nous ne dirons donc que quelques mots.

Dans la pratique ordinaire nous donnons la préférence à l'injection intra-cellulaire comme étant plus simple et tout aussi efficace que l'injection intra-veineuse ; de plus, elle est à la portée des connaissances anatomiques de tout praticien.

La quantité de sang perdu doit intéresser secondairement le praticien, le criterium de la situation est le pouls. M. Pinard dit : *Quand une femme perd du sang et que cette perte retentit sur l'état général pour faire monter d'une manière persistante, le pouls au-dessus de 100 pulsations à la minute, l'injection de sérum s'impose.*

IV. — *Le tamponnement utérin.*

Lorsque l'utérus est vide, certains accoucheurs tamponnent l'intérieur de l'organe avec de la gaze iodoformée, c'est là une mauvaise thérapeutique.

Tarnier était absolument opposé à ce mode de traite-

ment et il disait, avec raison, que tamponner l'intérieur de l'utérus pour arrêter une hémorragie, c'est remplacer le placenta ou les caillots par un autre corps étranger qui n'empêche également l'utérus de se rétracter.

Notre maître, dès 1885, s'est rangé du côté de l'éminent accoucheur et à la clinique Baudelocque nous n'avons jamais vu employé ce moyen thérapeutique. Dans notre pratique, malgré les bons effets vantés par Porak, Budin, nous nous contenterons devant une hémorragie d'expérimenter les procédés que nous avons vu tant de fois réussir.

V. — *Seigle ergoté.*

Combien a-t-on eu d'accidents graves à déplorer dûs à l'emploi de ce médicament. Il a pour action de produire la tétanisation de l'utérus. L'organe se rétracte énergiquement, s'il n'est pas à l'état de vacuité tout ce qu'il contient est empoisonné. Lorsqu'il a été administré, c'est à lui que l'on doit la rétention du placenta et des caillots lesquels se putréfient et font mourir les femmes d'infection. Depuis 1886, Pinard ne donne jamais l'ergot ou ses dérivés tant que l'utérus contient fœtus ou placenta, il se contente, lorsqu'il y a une hémorragie utérine, de recourir aux irrigations intra-utérines d'eau chaude à 50° et aux injections hypodermiques de sérum artificiel.

CONCLUSIONS

1° Il y a lieu d'intervenir dans les hémorragies de la délivrance lorsque le pouls s'accélère et reste en permanence au-dessus de 100 : l'indication de vider l'utérus est urgente et absolue.

2° Les injections intra-utérines d'eau bouillie à la température de 50° sont un précieux adjuvant qu'il ne faut jamais manquer d'employer.

3° Les injections sous-cutanées de sérum physiologique sont absolument indiquées lorsque l'état du pouls et les troubles généraux, mais surtout l'état du pouls, démontrent que l'organisme de la femme a été gravement atteint par l'hémorragie.

4° Les injections sous-cutanées, d'éther, de boissons chaudes et alcooliques, les enveloppements chauds peuvent être employés avec avantage pour combattre les troubles généraux qui relèvent de l'état d'anémie de la femme.

5° Ces moyens thérapeutiques rendent inutiles les injections d'ergotine qui sont d'ailleurs toujours dangereuses.

6° Le tamponnement intra-utérin comme traitement des hémorragies de la délivrance ne doit plus avoir qu'un intérêt historique.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE.

PINARD.

Vu : LE DOYEN,

DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer.

LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS

L. LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- AMILLET. — *Thèse* Paris, 1897.
- BAUDELOCQUE. — *L'art des accouchements*, Paris, 1844.
- BAUNE. — *Société médicale* Dijon, 1832.
- BLONDELL. — *The Lancet*, 1829.
- BOUREAU. — *Thèse* Paris, 1898.
- CAZEAUX. — *Traité théorique et pratique de l'art des accouchements*, 1867.
- CHARPENTIER. — *Traité pratique d'accouchements*, 1883.
- CHEVREUL. — *Précis de l'art des accouchements*, t. VII.
- CLARKE. — T. I.
- DELEURY. — *Traité des accouchements*.
- DIEFFENBACH. — *Gazette médicale de Paris*, 1832.
- DOLIVERT. — *Bulletin de Férussac*, t. III.
- DOUDEMENT. — *Thèse de Paris*, 1826.
- DUBOIS. — *Gazette des hôpitaux*, 1858.
- DUSSÉ. — *Académie des sciences*, 1722, t. VIII.
- EVEN. — T. I.
- EVROT. — *Revue médicale*, 1825.
- HOHL. — *Anatomie universelle*, 1833.
- LACOUR. — *Thèse* Paris, 1803.
- LEE M. — *Cases of women*, Londres, 1833.
- LEJARS. — *Lavage du sang*.
— *Traité de chirurgie d'urgence*, 1893.
- LEROUX. — *Observations sur les pertes de sang*.

- MOREAU. — Pratique des accouchements.
NÆGELÉ. — Manuel d'accouchements, Paris, 1857.
PLANQUET. — Bulletin de Ferussac, t. XVI.
QUESNEL. — *Thèse* Paris, 1833.
RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE— Précis d'obstétrique, 1904.
RIJBBY. — *Gazette médicale de Paris*, 1832.
TARNIER et CAZEAUX. — Traité théorique et pratique de l'art
des accouchements, Paris, 1867.
TARNIER. — De l'asepsie et de l'antisepsie en obstétrique.
— Académie de Médecine, séance du 28 février 1862.



BUZANÇAIS (INDRE) — IMPRIMERIE F. DEVERDUN
